

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ภัทริญา ชุมชิต^{1*} อีรพงศ์ ไชยสิทธิ์² ประทุมทอง ยาทุม³ นุสรพร ปรังค์ศรี⁴ อุไรวรรณ ไกรบุญ⁵

ศศิธร ไม้เท้าแก้ว⁶ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์⁷ รณชัย ชื่นธวัช⁸

^{1,4,5}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

²รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

³นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

⁶นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

⁷รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁸ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพัฒนารูปแบบจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข 2) กลุ่มศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ จำนวน 6 คน เป็นกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า การดำเนินงานมี 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบ กลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ภาาีเครือข่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 3) ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน 4) ระบบและกลไกการดำเนินงานของภาาีเครือข่าย โดยมีผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสามารถหยุดยาโรคซึมเศร้าได้ครบทั้ง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน และในชุมชนเกิดสถานีสสุขภาพแนวใหม่ที่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าควรมิจกกรรมป้องกันโรคที่เป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้านคลายทุกข์และมีการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสามารถขยายผลไปยังชุมชนใกล้เคียงอีก 5 แห่ง

คำสำคัญ : รูปแบบ/ การเฝ้าระวังและการดูแล/ กลุ่มเสี่ยง/ โรคซึมเศร้า/ วัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Development of a surveillance and care model for stroke disease in working-age at risk of depression, Medical Centre 3 Wat-Bun, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Pattreeya Chumchit^{1*} Teerapong Sopittikul² Pratumtong Yatum³ Nussaraporn Prangsri⁴
Uraivan Kraipui⁵ Sasithon Maithaokaew⁶ Bhuddhipong Satayavongthip⁷ Ronnchai Chuentawat⁸

^{1*,4,5}Advanced Practice Nurse, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

²Deputy Director of Medical Department, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

³Senior Consultant Physician, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

⁶Public Health Specialist, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

⁷Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

⁸Asst. Prof., Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Working-age individuals with stroke are at high risk of developing depression. Nevertheless, there is an absence of a definitive framework for previous operations. This action research aims to development and evaluation the surveillance and care model for stroke disease in working-age at risk of depression. This study focusses on two specific groups: The model development group consists of 15 individuals, which includes doctors, nurses, community health volunteers, and researchers. The study group consists of 6 individuals who belong to the working-age population and are at risk of depression. The process has 3 separate stages: The first stage involves the study of fundamental knowledge about the system and process used for monitoring and providing care for the at-risk population, along with an evaluation of their overall quality of life. 2) The model development process adheres to the principles of action research. 3) The implementation of the model involves assessing the risk of depression and the quality of life. Information is gathered through the utilization of the depression and quality of life evaluation form. Data is analyzed using both quantitative and qualitative statistics.

The research findings indicate that: The surveillance and care model for high-risk groups of depression in working-age individuals with stroke consists of four components: 1) a network of partners, including doctors, nurses, health volunteers, and public health professionals; 2) a self-management skill development program; 3) a community-based "8 types of medicine" learning center; and 4) the operational system and mechanisms of the partner network. The results of using the model showed that all 6 participants with depression were able to stop their antidepressant medication, achieving a 100% success rate. Additionally, their overall quality of life scores were rated as good, and they were able to continuously manage their health at home every day. A new community health station was established, driven by a team of local health volunteers, who were part of the model development group. Therefore, the high-risk groups for depression should have concrete prevention activities, such as home visits for emotional support and continuous activities at the community's "8 types of medicine" learning center. The model should also be expanded to 5 neighboring communities.

Keywords: Model/ Surveillance and care/ Risk population/ Depression/ Working-age individuals with stroke

*Corresponding author: Pattreeya Chumchit, email: Kanokwan.PC111@gmail.com, Tel.: 09 9461 9219

Received: October 3, 2024/ Revised: December 9, 2024/ Accepted: December 12, 2024

บทนำ

จากสภาพในปัจจุบัน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในสมอง อันอาจนำไปสู่ความบกพร่องทางร่างกายและการสูญเสียความสามารถในการทำงาน ในบางกรณีอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งโรคนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 355,537 คน, 358,267 คน และ 483,302 คน ตามลำดับ และยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 พบ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือ 53,000 คน ต่อปี และเสียชีวิต จำนวน 4,000 คน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2572 จะมีโรคซึมเศร้าที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นอันดับที่ 2 ของโรคอื่นๆ ในระดับโลก โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20-59 ปี ที่เป็นวัยทำงาน⁽¹⁾ ซึ่งวัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองในวัยทำงานมักพบภาวะโรคซึมเศร้าร่วมด้วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงจนก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 37.87 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่สุขภาพจิตกำหนด คือ จะต้องไม่มีกลุ่มเสี่ยงและกรณีมีกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 68.00 มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 22.88 และ มีความชุก ร้อยละ 2.7⁽²⁾ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน ส่วนมากเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ก็เพราะว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง รวมถึงมีภาวะวิตกกังวลสูง ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาในการรักษาหลายประเภทเพื่อช่วยให้ร่างกายสมดุล กระทั่งทางสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมในชุมชน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ 1) ลดการเกิดโรค 2) ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ลดการตาย และ 4) ลดภาระค่าใช้จ่าย⁽³⁾ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติหนึ่งที่ป้องกันภาวะโรคซึมเศร้า แต่งานสุขภาพจิตไม่ได้บูรณาการไปกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้รับการป้องกันโรคซึมเศร้า สำหรับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ มีกลุ่ม 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จำนวน 38 คน หรือ ร้อยละ 0.72⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2565 ได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จัดทำเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ และได้นำมาคัดกรองกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 464 คน พบวัยทำงานอายุ 27-59 ปี จำนวน 6 คน หรือ ร้อยละ 1.29 เป็นกลุ่มเสี่ยง แยกเป็นระดับรุนแรง จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน และ ระดับเล็กน้อย จำนวน 4 คน การดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มเสี่ยงไม่มีโปรแกรมหรือกิจกรรมหรือรูปแบบการดูแลที่ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า มีเพียงการคัดกรอง ถ้าเป็นเป็นกลุ่มเสี่ยงก็จะส่งพบแพทย์เท่านั้น ซึ่งกลุ่มเสี่ยงส่วนมากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยมาจากระบบในร่างกายทำงานไม่สมดุล⁽⁵⁾ แต่ก็มีข้อค้นพบว่าร่างกายของคนเราจะสมดุลได้ถ้าปฏิบัติตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน หรือ ข้อปฏิบัติ 8 ประการ) แบ่งกิจกรรมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ข้อปฏิบัติที่ต้องทำทุกวัน ได้แก่ อ.ที่ 1 อารมณ์: มีอารมณ์ดีมีจิตปล่อยวาง อ.ที่ 2 อาหาร: กินอาหารสุขภาพ อ.ที่ 3: ออกกำลังกาย และ อ.ที่ 4 เอาพิษออก ด้วยการดื่มน้ำ และ กลุ่มที่ 2 ข้อปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องทำทุกวัน ได้แก่ การเอาพิษออก 4 ประการ คือ นวดมีอนวดเท้า กัวซา แช่มือแช่เท้า และ ใช้สมุนไพรปรับสมดุล⁽⁶⁾ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ละม่อม กล้าหาญ และคณะ^(7,8) ได้นำเอาหลักการนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูสง่า สีสัน⁽⁹⁾ ที่พบว่าการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model ภายใต้การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ศรัณญา ชาญสุข และ สุจิตตา ฤทธิมนตรี⁽¹¹⁾ และ ฉัตรสุดา มทา และ คณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า การได้รับการช่วยเหลือจากสังคมมีโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันและดูแลด้วยการคัดกรองโดยใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน และการรักษาดูแลโดยใช้โปรแกรมได้⁽¹³⁾

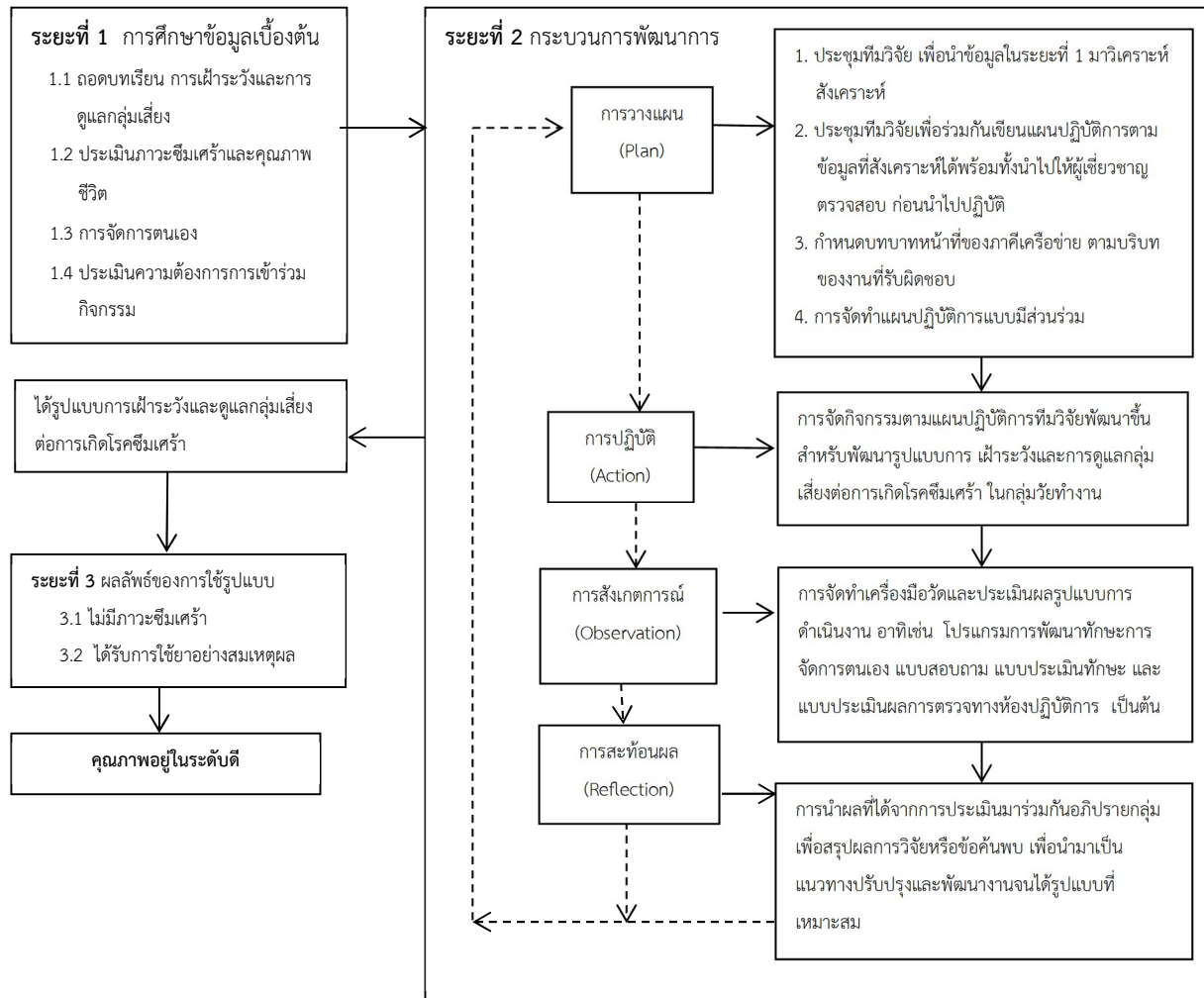
จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการบำบัดก่อนที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตาย ถ้าการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่จะนำไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในวัยทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงาน ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ PAOR (P = Plan, A = Action, O = Observation, R = Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ เพราะแนวคิดดังกล่าว มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้และผู้รับบริการเป็นหมู่คณะ บางกิจกรรมอาจจะต้องปฏิบัติมากกว่า 2 รอบ จึงจะแก้ปัญหาได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

1. รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เป็นกระบวนการหรือขั้นตอน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดกิจกรรมบำบัดภาวะซึมเศร้า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการและ อสม. 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 3) ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน และ 4) ระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย

2. การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ที่วางไว้เพื่อฟื้นฟูตนเอง คือ 1) การเสริมพลังตนเองโดยการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ 2) การควบคุมตนเอง ตามหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และ เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ) ร่วมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อต่อ ยึดติดและเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว การฝึกเดิน การฝึกพูด การดูแลด้านจิตใจ และ 3) การประเมินตนเอง โดยการสังเกตอาการความรู้สึกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การจัดขั้นตอนการเรียนรู้แบบสปีส์ (SPICE Model) หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามขั้นตอน ประกอบด้วย

3.1 ขั้นที่ 1 การให้สิ่งเร้า (Stimulus = S) หมายถึง การเตรียมความพร้อม โดยการสนทนา การทบทวนความรู้เดิมเพื่อเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่

3.2 ขั้นที่ 2 การนำเสนอ (Presentation = P) หมายถึง การให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการตามแผนการเรียนรู้

3.3 ขั้นที่ 3 การฝึกปฏิบัติตามลีลาที่ถนัดและชอบ (Individual inquiry = I) หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมทักษะและความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

3.4 ขั้นที่ 4 การสร้างองค์ความรู้ (Constructivism = C) หมายถึง การประเมินองค์ความรู้ของผู้เรียน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้และความสามารถในการจัดการตนเอง

3.5 ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation = E) หมายถึง การประเมินผล ระหว่างการเรียนรู้ โดยการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

4. วิทยานิพนธ์ หมายถึง ช่วงอายุของบุคคลที่มีความสามารถและอยู่ในวัยที่พร้อมทำงานหรือประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว

5. กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีโอกาสหรือแนวโน้มสูงกว่าคนทั่วไปที่จะพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน ปัญหาครอบครัว และปัญหาความรัก/การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ สำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE - 028-2565 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 เริ่มดำเนินการวิจัยวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตศูนย์แพทย์เมือง 3 วัดบูรพา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 464 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ เลือกแบบเจาะจง มีจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับประเมินการใช้รูปแบบฯ มีจำนวน 6 คน

2.1 มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ วิทยานิพนธ์ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ขนาน ในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาศัยอยู่ในพื้นที่นี้ตลอดการวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างการวิจัย 2) ย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย และ 3) ขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน มี 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และการมีรายได้เสริม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า⁽¹⁵⁾ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยการแปลผลโรคซึมเศร้า ได้แก่ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่เป็น คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง ระดับเล็กน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ระดับกลาง และ คะแนน >19 คะแนน หมายถึง ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIFF) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁶⁾ มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เกณฑ์การประเมินทักษะ มี 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี พอใช้ และ ปรับปรุง และเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต มี 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนน 20-60) ระดับปานกลาง (คะแนน 61-95) และระดับดี (คะแนน 96-130) แบบสอบถามด้านความรู้ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ (ตอบถูกต้อง) โดยการแปลผลระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ คะแนน 26-60 หมายถึง ไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง ระดับกลาง และ คะแนน 96-130 หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 4 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านได้นำหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ไปปรับใช้ในกิจวัตรประจำวันอย่างไร
- 2) สิ่งใดที่ทำให้ท่านมีความมั่นใจ/มั่นใจว่าจะทำให้ป้องกันโรคซึมเศร้าของท่านได้
- 3) ท่านมีการจัดการตนเอง (ควบคุม ประเมินผล และสร้างแรงใจตนเอง) อย่างไร
- 4) การปฏิบัติตามหลัก 4 อ. มีความซับซ้อนยุ่งยากหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านมีวิธีการประเมินสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 5 การสนทนากลุ่ม กำหนดไว้ 5 ประเด็น กว้างๆ มีแนวคำถาม ดังนี้ 1) ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างไร 2) ความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. 3) ผลลัพธ์หรือผลกระทบที่ได้จากการปฏิบัติเป็นอย่างไร 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการปฏิบัติมีหรือไม่ อย่างไร 5) มีแบบแผนการดำเนินชีวิตป้องกันโรคซึมเศร้าของตนเองและคนในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 6 การสังเกต (Observation) เป็นแนวการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) โดยผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน เป็นผู้สังเกตในการอบรมตามโปรแกรม และการจดบันทึกเกี่ยวกับ สถานที่ วิทยากร กิจกรรม สื่อที่ใช้ การมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม และการสังเกตทางอ้อม (Indirect observation) เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย โดยทีมวิจัยสอบถามจาก อสม. เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) มีการจัดทำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยง แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบของโรคภาวะซึมเศร้า และการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ตามหลัก 4 อ. โดยกระบวนการพัฒนา มี 4 ขั้นตอน คือ การร่างโปรแกรมฯ การประเมินโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และ การปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

2) การปฏิบัติ (Action) นำโปรแกรมฯ ไปใช้พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ใช้เวลา 23 ชั่วโมง มี 5 แผนการเรียนรู้ ดังนี้

แผนที่ 1 โรคมึนเศร้า	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
แผนที่ 2 ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 4 อ. 1ป.	ใช้เวลา 12 ชั่วโมง
แผนที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
แผนที่ 4 การออกแบบการจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ	ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
แผนที่ 5 การเยี่ยมบ้านคลายทุกข์	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ซึ่งแต่ละกิจกรรมมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) เนื้อหา 2) วัตถุประสงค์ 3) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีขั้นตอนการสอน 5 ขั้นตอน ตามการสอนแบบสไปส์⁽¹⁷⁾ (SPICE Model) 4) สื่อที่ใช้ในการฝึกทักษะ และ 5) การวัดและการประเมินผล เป็นการประเมินองค์ความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบประเมินในแผนการเรียนรู้แต่ละแผน ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าความรู้การรับรู้ จะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 แต่จะต้องมีทักษะการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการวัดผลกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation process): ซึ่งมี 3 ด้าน⁽¹⁸⁾ คือ 1) การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ 2) การควบคุมตนเอง และ 3) การประเมินตนเอง เพื่อประเมินผลดีของการปฏิบัติร่วมด้วย และ 4) การให้ผลตอบกลับ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับปรุงและพัฒนา จนกว่าผู้ป่วยมีทักษะที่พึงประสงค์ บางทักษะอาจจะต้องพัฒนามากกว่าสองรอบ นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกต สอบถามและบันทึกสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง

3) การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามและประเมินผลในสภาพจริง ตามแผนการเรียนรู้ในโปรแกรม โดยการใช้แบบสอบถาม (ด้านความรู้ และด้านทักษะการจัดการตนเอง) การสัมภาษณ์การสอบถาม การสังเกต และ บันทึกผลการตรวจสุขภาพพื้นฐาน

4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นการนำผลการสังเกต มาอภิปรายกลุ่ม ทบทวนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ รวมถึงหาแนวทางแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง เพื่อนำไปดำเนินงานในรอบต่อไป จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ หรือได้แนวปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตามสภาพจริง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบประเมินคุณภาพชีวิต และการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อคิดเห็นแล้วนำข้อมูลมาจัดทำโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีของ Miles and Huberman⁽¹⁹⁾ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การลดทอนข้อมูล (Data reduction) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นแยกประเภทข้อมูล ให้ได้ข้อความที่ได้ความหมายเหมือนกันมีความสัมพันธ์หรือแตกต่างกัน 2) การแสดงข้อมูล (Data display) โดยนำข้อความมาจัดเป็นหมวดหมู่และรวมเป็นหัวข้อ เพื่อแสดงให้เห็นข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมาย และ 3) การสรุปและตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบ (Drawing and verifying) เพื่อให้สามารถอธิบายเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ได้ถูกต้อง ตรงกับประสบการณ์

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มี 4 องค์ประกอบ คือ

1.1 ภาคีเครือข่าย คือ กลุ่มผู้ที่มีความชำนาญ หรือมีหน้าที่รับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อสม. ของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ และนักวิชาการสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวนรวม 15 คน มีเป้าหมายร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม คือ การเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าถาวร อันเป็นปัจจัยหนึ่งสู่การฆ่าตัวตาย โดยการนำเอารูปแบบการทำงานของ Pak Thong Chai Model ที่เป็นรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย 2) หลักสูตรฝึกอบรม 3) ศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน แม่ข่าย (โรงพยาบาล ปักธงชัย) 4) ศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน และ 5) ระบบและกลไกการใช้อย่างสมเหตุผล ที่ได้ข้อพบว่า สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 98.56 ปรับลดยาได้ร้อยละ 44.44 และได้เลิกยา ร้อยละ 24.86⁽⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โดยสมาชิกภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ และกระบวนการทำงานที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบททางวิชาชีพ และบริบทของชุมชน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มเสี่ยง (ดังภาพที่ 2) โดยก่อนการดำเนินกิจกรรม ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และไปศึกษาดูงานจากศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ ที่อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา แล้วกลับมาจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน และจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มรักสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สะดวกที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงมีการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการจัดการกิจกรรม โดยมี อสม. เป็นผู้ดำเนินงานหลัก มีแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยง

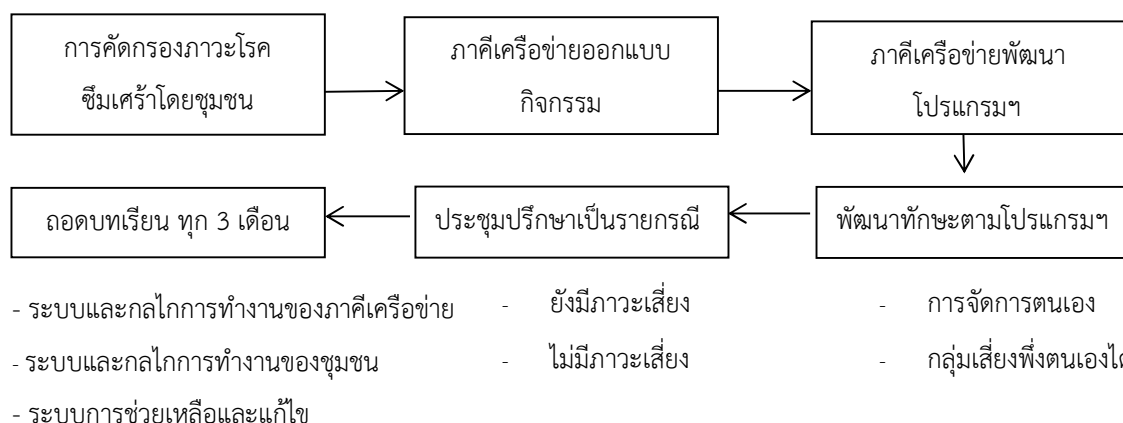
1.2 โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบและขั้นตอนตามวิชาการ ใช้เวลา 23 ชั่วโมง มี 5 แผนการเรียนรู้ เพื่อใช้สำหรับอบรมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ทักษะการจัดการตนเอง (ด้านการเสริมแรงใจให้กับตนเอง ด้านการควบคุมตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) และด้านการประเมินตนเอง การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง การออกแบบการจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์

ผลการใช้โปรแกรม พบว่า 1) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบการป้องกัน และทักษะการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูง 2) นำเอาองค์ความรู้ไปใช้ทดลองจัดการตนเองก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยง ด้วยการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน และการจัดกิจกรรม รวมถึงการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ดังปรากฏในคำบอกเล่าของภาคีเครือข่าย ดังนี้

“ความคิดนี้อันตรายนะ...ทำให้เกิดโรคได้...ซึ่งก็สังเกตตัวเองอยู่เหมือนกันนะ ทำไมคิดอยู่แต่เรื่อง เดิม...คิดว่าเป็นเพราะความแก่...ไม่คิดว่า... ความคิดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า”

“การเป็นโรคแพนิคตนเอง ไม่คิดเลยว่า การปฏิบัติ ตามหลัก 4 อ. โดยเฉพาะการกินผักปั่น และการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมาจากการดูแลสุขภาพแบบเดิม ทำให้ตนเองมีความรู้สึกสบายเนื้อสบายตัว สะกดตามตัวดีขึ้น”

ในส่วนการทำงานเชิงระบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เริ่มด้วยการนำเอาการดำเนินงานในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ และการออกแบบกิจกรรม โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้โดยยึดหลักความพอเพียง และให้เกิดความยั่งยืน

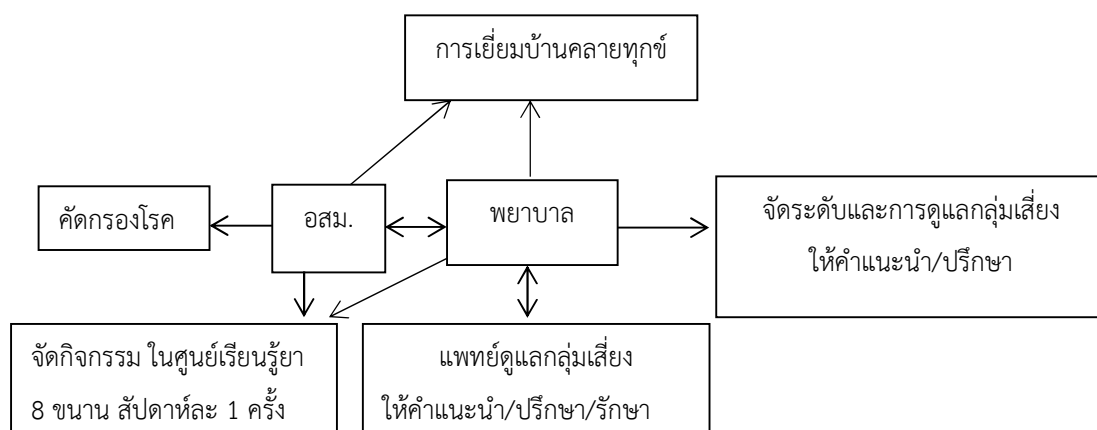


ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงของภาคีเครือข่าย

1.3 ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน มีการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้รักสุขภาพ เป็นการประเมินทักษะการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ที่เป็น อสม. และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยง มี 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน 2) บันทึกผลการตรวจ 3) สวดมนต์ 4) ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยน 5) เคลื่อนไหวมือ 14 จังหวะ 6) สมาธิบำบัดแบบ SKT (Structured kinetic therapy breathing) เป็นเทคนิคการหายใจที่เน้นการควบคุมลมหายใจเพื่อส่งเสริมสมาธิ การลดความเครียดและการปรับสมดุลของระบบประสาทในร่างกาย 7) แกว่งแขน 8) นวดมือด้วยดีลัญจกร 9) นวดเท้าด้วยการเหยียบบะลา 10) กัวซา 11) แขนงัดเท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร และ 12) สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุนอุปกรณ์การดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา/แนะนำทางวิชาการร่วมกับแพทย์ รวมถึงมีนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ให้คำปรึกษา/แนะนำการจัดกิจกรรมตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ชุมชน)

ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้รักสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มาร่วมกิจกรรมมีความสุข ดังผู้จัดกิจกรรมเล่าว่า “กลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ Stroke แต่ยังมีสภาพจิตใจดีอยู่ไม่เคยเห็นรอยยิ้มเลย แต่เมื่อได้มาร่วมกิจกรรมร่วมกับการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ทำให้ทุกคนได้รอยยิ้มและร่าเริง ปัจจุบันไม่มีอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า” และ ผู้รักสุขภาพ ที่เป็นโรค NCDs ที่เข้าร่วมกิจกรรม เล่าว่า “การปฏิบัติตามหลัก 4 อ. เป็นแนวปฏิบัติที่ง่าย ทำให้ตนเองมีน้ำหนักลดลง และมีระดับความดันโลหิตและน้ำตาลปลายนิ้วลดลง”

1.4 ระบบและกลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง เป็นขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน กับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัตถุประสงค์ ในรูปแบบของภาคีเครือข่าย ที่ได้นำการดูแลสุขภาพ 4 อ. (ยา 8 ชุมชน) มาเป็นแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ระบบและกลไกการดูแลกลุ่มเสี่ยง

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ คือ ระดับคะแนนซึมเศร้า ≤ 6 คะแนน และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ ระดับคะแนน 96-130 คะแนน ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการยอมรับการเจ็บป่วย และมีแรงจูงใจที่จะฟื้นฟูสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน โดยมีกลุ่มเสี่ยงบางรายที่เป็นโรค NCDs สามารถได้รับการปรับลดการใช้ยาจากแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ (n = 6)

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า		คะแนนคุณภาพชีวิต	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	21	4	56	98
2	17	2	48	100
3	10	0	72	120
4	12	3	68	110
5	9	0	90	108
6	7	0	94	125

สรุป

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง มีข้อค้นพบหลัก 3 ประเด็น คือ

1. การเปลี่ยนแปลง (Change): มีการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยมีระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายที่มีขั้นตอนและความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน กับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
2. ทรัพยากรการเรียนรู้ใหม่ (New learning source): มีทรัพยากรการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้

2.1 โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ของภาคีเครือข่าย ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนในการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ ที่เน้นให้ผู้เรียนเข้าใจสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า และยอมรับเหตุผลของการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติให้เข้าใจเพื่อดูแลตนเองและผู้อื่นได้

2.2 ศูนย์การเรียนรู้ ยา 8 ขนาน ที่ได้รับการพัฒนาเป็นสถานีสถานภาพแนวใหม่ (Health station upskill) ทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้แบบพอเพียง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ: กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ ผู้เป็นโรค NCDs บางรายได้รับการปรับลดยา ทำให้รัฐประหยัดงบประมาณ และเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีย่อมมีโอกาสสร้างรายได้เพิ่ม 2) ด้านทรัพยากรธรรมชาติ: การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. เป็นวิธีการปฏิบัติให้ร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสมดุล เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า 3) ด้านสังคม: อสม. ร่วมกับชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน 4) ด้านเทคโนโลยี: การนำการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกมาผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ดูแลสุขภาพ และ 5) ด้านแรงใจ: กลุ่มเสี่ยงได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่ายและชุมชน มีความมั่นใจในการบำบัดหรือฟื้นฟูสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพปกติอย่างมีเป้าหมาย

3. ความรู้ใหม่ (New knowledge): ได้ความรู้ใหม่ ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยเป็นหมอกคนแรกในการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. 1 ป. (ปฏิบัติทุกวัน 4 อ.: อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ) และ 1 ป. (ประเมินสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพพื้นฐาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

3.2 สถานีสถานภาพแนวใหม่ (Health station up-skill) เป็นหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนที่มีชีวิต คือ มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการตรวจสุขภาพพื้นฐาน ทุกสัปดาห์ในศูนย์การเรียนรู้ ยา 8 ขนาน

3.3 มีแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ในกลุ่มเสี่ยง 6 ขั้นตอน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การตรวจร่างกายพื้นฐาน 2) การทบทวนความรู้ 3) การฝึกหายใจบำบัด 4) การแกว่งแขนออกกำลังกาย 5) การนวดมือ-เท้า 6) สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป ที่มีพื้นฐานมาจากหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเสี่ยงและชุมชนพึ่งตนเอง ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพที่ผ่านมา ไม่มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก

อภิปรายผล

ผลจากการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เป็นภาคีเครือข่ายกลับสู่ภาวะปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพ ทำให้ทีมภาคีเครือข่ายนี้สามารถนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์และการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน อาจเป็นเพราะว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง⁽²⁰⁾ ในการฟื้นฟูสุขภาพตนเองอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ แคนเฟอร์⁽¹⁸⁾ ดังเช่นการศึกษาของ ละม่อม กล้าหาญ^(7,8) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองและการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรม ยา 8 ขนาน ในชุมชน ทำให้หายจากภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ ซึ่งประสบความสำเร็จของทีมภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในครั้งนี้ โดยเกิดการขับเคลื่อนร่วมกันตามระบบและกลไกการดำเนินงานที่ได้พัฒนาขึ้น ภายใต้บทบาทหน้าที่ นโยบาย และองค์กรให้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การจัดกิจกรรม เสริมแรงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางสังคม⁽¹¹⁾ ที่มีการส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจ เป็นไปตามแนวคิดของ Fishbein and Ajzen⁽²¹⁾ ที่ระบุว่าความสำเร็จในการดำเนินงานของบุคคล มาจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สร้างกฎและมาตรการทางสังคม ยังเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง เช่น ศูนย์เรียนรู้ ยา 8 ขนาน ในชุมชน มีการจัดกิจกรรม 12 ขั้นตอน และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ 6 ขั้นตอน

เป็นข้อปฏิบัติที่ทำให้ง่ายแก่การปฏิบัติ และ มีการตรวจสอบภาพพื้นฐานเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ พร้อมบันทึก ใช้ข้อมูลให้แพทย์ปรับลดและเลิกการใช้ยา ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ⁽⁹⁾ โดยมีแพทย์และพยาบาลเป็นผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจ ตั้งใจ ปฏิบัติ ยอมรับการเจ็บป่วย ปรับแนวคิดเป็นได้หายได้ ปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัยทำให้มีสุขภาพดี ภายใต้ชุมชนพึ่งตนเองได้แบบพอเพียง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ผู้บริหารด้านสุขภาพทุกระดับ ควรนำข้อค้นพบจากการวิจัย ไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือตัวชี้วัด ให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมบำบัดให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ภายใต้การดำเนินงานในรูปแบบของภาคีเครือข่าย ซึ่งกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ ยา 8 ขนาน และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ นับเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ควรพิจารณานำไปใช้ในจัดกิจกรรมบำบัดให้กับกลุ่มเสี่ยง
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป: ควรมีการพัฒนาสมรรถนะกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันโรคซึมเศร้า และ ควรมีการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. คาดการณ์ว่าในปี 2572 จะมีโรคซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นอันดับที่ 2 ของโรคอื่นๆ ในระดับโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 เมษายน 2. เข้าถึงได้จาก: <https://voive.co.th/read/sy9yH32MZ>
2. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th>
3. ภิญโญ พรพาณิชย์, ชัยพร สุชาติสุนทร, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. การปฏิรูประบบด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ. วารสารควบคุมโรค. 2565; 48(3): 667-679.
4. ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 พ.ค. 6. เข้าถึงได้จาก: Hos-xp PCU.
5. ทองถม ชะลอกุล. คำบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวังน้ำเขียว.
6. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. หลักสูตรฝึกอบรม ยา 8 ขนาน สंहาร NCDs (สร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ.). นครราชสีมา: โคราสมาเก็ดติ้ง; 2563.
7. ละม่อม กล้าหาญ, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. ผลงานดีเด่น R2R ระดับปฐมภูมิ, ระดับประเทศ ประจำปี 2566.
8. ละม่อม กล้าหาญ, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (CG: Caregiver) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ ในเขตตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา. 2566; 46(1): 26-37.
9. ชูสง่า สีสัน และ คณะ. การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกรมควบคุมโรค. 2567; 50(1): 125-136.
10. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ คณะ. การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model ปี 2566-2567. เอกสารอัดสำเนา.
11. ศรีญญา ชาญสุข, สุจิตตา ฤทธิมนตรี. ปัจจัยที่มีผลกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด Covid-19. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566; 37(3): 12-24.

12. ฉัตรสุตา มหา และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน กรณีศึกษา ชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566; 32(3): 187-197.
13. ประภาส อุครานันท์. รายงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการให้โปรแกรมและสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2566 จาก: <https://www.thaidepression.com>
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University Press: Victoria; 1998.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. สืบค้นวันที่ 25 มิถุนายน 2566 จาก: <https://www.dmh.go.th/test/whogol>
16. ยาวเรศ แดงจวง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2564 จาก: <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1353/9/Bibliography.pdf>
17. ศิริพร พึ่งเพ็ชร. การพัฒนารูปแบบการสอนภาษาอังกฤษที่สอดคล้องกับลีลาการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. ปริญญานิพนธ์ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาหลักสูตรและการสอน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2553.
18. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 2nd ed. New York: Pergamon Press; 1980.
19. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2nd ed. London: SAGE Publications; 1994.
20. Bandura A. Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. Cognitive Therapy and Research. 1980; 4: 263-268.
21. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.